

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No

1023

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Maurice PESTEL

Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 19 Mai 1914, à Malakoff (Seine)

SUR UN CAS D'ABCÈS DU POUMON
CHEZ L'ENFANT
GUÉRI PAR INTERVENTION LIMITÉE

REMARQUES SUR LA CONDUITE DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

Travail du service du Dr. DARRE (Hôpital des enfants malades)

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Maurice PESTEL

Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 19 Mai 1914, à Malakoff (Seine)

SUR UN CAS D'ABCÈS DU POUMON
CHEZ L'ENFANT
GUÉRI PAR INTERVENTION LIMITÉE

REMARQUES SUR LA CONDUITE DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

Travail du service du Dr. DARRE (Hôpital des enfants malades)

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY -			
RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.		
CHAILLEY-BERT, agrégé		Éducation physique
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
RUPPE		Stomatologie.
WEIL HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A qui je dois tout, en témoignage de ma profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE M. LE CHANOINE
BOYREAU

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de Clinique des Maladies des Enfants

Médecin des Enfants-Malades

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRÉ

Médecin des Enfants Malades.

Médecin de l'hôpital Pasteur.

Officier de la légion d'honneur.

*Qui m'a initié avec bien-
veillance à la médecine des en-
fants.*

*En souvenir de l'année pas-
sée dans son service.*

*En témoignage de respec-
tueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PELLISSIER

Ancien chef de Clinique à la Faculté.
Médecin chef du Service médical
de la Cité Universitaire de Paris.

En témoignage de ma respectueuse amitié.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI
MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE
MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. VILLARET
MONSIEUR LE DOCTEUR DARRÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR CLEISZ

INTRODUCTION

L'abcès du poumon tel que les cliniciens actuels le conçoivent peut être ainsi défini : « *c'est un foyer de suppuration collecté dans une cavité néoformée, creusée dans le poumon par une inflammation aiguë.* » Une telle affection a longtemps été considérée comme une rareté. LAENNEC le dit lui-même : « Sur plusieurs centaines d'ouvertures des péripneumonies faites dans un espace de plus de vingt ans il ne m'est pas arrivé plus de cinq ou six fois de rencontrer des collections de pus dans un poumon enflammé. » TROUSSEAU reconnaît bien l'existence de l'abcès du poumon, mais le considère comme une éventualité exceptionnelle en regard de la fréquence de la pleurésie interlobaire.

A cette notion de rareté clinique s'adjoignait aussi la banalité de la thérapeutique employée : « Une fois l'abcès formé, disait TROUSSEAU, notre intervention ne saurait avoir de prise sur une affection de cette nature. » Le traitement était celui des pneumopathies aiguës, graves.

La conception moderne de l'abcès du poumon s'écarte nettement de ces affirmations.

La plus grande fréquence de l'affection est un fait incontestable. Il ne semble pas d'ailleurs que cette fréquence soit due au fait qu'une observation anatomoclinique plus attentive, aidée de la radiologie, ait mis en évidence des faits méconnus, car ces recherches ne peuvent expliquer comme le fait remarquer LÉON KINDBERG, que des hommes comme LAENNEC et GRISOLLE, n'aient pas trouvé dans des autopsies régulièrement faites l'existence de suppurations pulmonaires ».

Sans nous attarder sur la possibilité de causes nouvelles expliquant la recrudescence de cette affection, nous retiendrons seulement les faits : *l'abcès du poumon pose un problème de clinique courante en pathologie pulmonaire.*

Cette notion de fréquence vaut à la fois pour les abcès de l'adulte et de l'enfant. Chez lui, en effet, l'étude clinique bien que plus tardivement entreprise, s'est montrée bientôt riche en documentation. *C'est donc au domaine courant de la clinique infantile qu'appartient cette affection.*

Mais la fréquence de son apparition, le perfectionnement des procédés d'investigation n'ont pas supprimé les difficultés qui se dressent dans l'affirmation du diagnostic et l'établissement du traitement.

Ce sont ces deux notions qu'il nous a paru intéressant de préciser, à l'occasion d'une observation d'abcès du poumon chez un enfant de deux ans et demi, observation recueillie dans le service de notre Maître, le Docteur DARRÉ, médecin de l'Hôpital des

Enfants Malades. Nous verrons *quelles difficultés cliniques crée le tableau courant de pneumopathie fébrile de l'enfant.*

A quelle époque le traitement médical doit laisser la place à une thérapeutique chirurgicale.

Les modalités de ce traitement chirurgical lui-même.

OBSERVATION

L'enfant H... Bernard, âgé de deux ans et demi entre dans le service du Docteur DARRÉ le 30 mars 1939, envoyé par une œuvre de bienfaisance à laquelle il est confié, présentant une hyperthermie à 39°, datant de quelques jours.

Aucun antécédent personnel notable n'est retrouvé : cet enfant est né à terme, pesant 3 kilogrammes.

En dehors d'infections rhino-pharyngées passagères, aucune maladie infectieuse. La croissance s'est faite normalement, l'enfant pesait à son entrée 11 kgs 700.

Les antécédents héréditaires n'ont pu être précisés.

A son entrée, l'enfant est abattu, présentant une dyspnée à type de polypnée sans battements des ailes du nez. L'enfant semble respirer avec plus d'aisance dans la position demi-assise.

Les pommettes sont rouges, la langue saburrale, une toux légère apparaît dès qu'on déplace l'enfant : *sans expectoration*.

L'examen physique, orienté vers la sphère pulmonaire par la dyspnée, révèle :

A droite, une conservation du murmure vésiculaire et des vibrations vocales ;

A gauche, une diminution du murmure vésiculaire, une disparition des vibrations vocales et surtout : *une submatité plus nette à la base*.

C'est en cet endroit qu'on pratique *une ponction explo-*

ratrice qui ramène un liquide louche, légèrement hémorragique.

L'examen cyto-bactériologique de cet épanchement pleural révèle : l'existence de nombreux polynucléaires, rares lymphocytes, quelques hématies.

La culture sur gélose montre la présence de colonies peu fournies de diplocoques prenant le Gram.

Ainsi, le tableau clinique à cette époque évoque en l'absence de toute éruption, de toute douleur articulaire, de toute otalgie, comme un examen complet le précise, l'idée d'une pneumopathie, pneumonie sans doute, avec légère réaction liquidienne pleurale, comme on peut couramment en noter en clinique.

L'enfant est traité comme un pneumonique : révulsion thoracique, toni-cardiaque, médication sulfamidée.

Les jours suivants la courbe thermique se cantonne entre 39° et 40° et ébauche le septième jour une descente en lysis. Le douzième jour, l'enfant est retombé à 37°.

Cependant, la toux persiste, quinteuse.

L'enfant est fatigué, hostile, présente des sueurs fréquentes.

Parallèlement, les signes physiques se modifient jour-nellement. La submatité fait place à une zone de matité plus franche à la base gauche, zone surmontée d'une région où le murmure vésiculaire et les vibrations sont transmis normalement. L'auscultation révèle l'existence de râles humides, disséminés dans toute la hauteur de l'hémi-thorax gauche.

Une ponction exploratrice est faite au lieu où la matité est la plus nette. Elle ramène un liquide nettement purulent. L'examen de ce liquide révèle : de nombreux polynucléaires, des diplocoques, Gram positif présentant les caractères morphologiques du pneumocoque.

Un cliché pulmonaire montre dans l'hémi-thorax gauche une ombre régulière évoquant un épanchement pleural.

L'ensemble de ces symptômes fait alors réviser le diagnostic et porter celui de pleurésie purulente à pneumocoques.

L'enfant supporte d'ailleurs très bien l'épanchement : l'état général est bon, la courbe thermique, pendant une huitaine de jours, ne dépasse pas 37°5.

À partir du 20 avril, un mois environ après le début, la température présente à nouveau des oscillations, 38-38°5, le pouls s'accélère, 120-140.

L'enfant est fatigué, présente une dyspnée légère et de fréquentes sueurs.

La toux persiste, mais sans expectoration.

Les signes physiques se modifient encore, la percussion ne révèle plus de matité.

L'auscultation montre un *souffle intense prenant le timbre tubo-creux* à la partie moyenne de l'hémi-thorax gauche.

Un cliché montre une zone d'opacité remontant haut dans l'hémi-thorax gauche, opacité non homogène où la trame pulmonaire apparaît sous l'ombre qui la voile.

Une ponction exploratrice reste blanche.

La situation reste inchangée pendant deux semaines. L'enfant semble bien supporter la fièvre. Son poids reste à 11 kgs 300.

Le traitement, pendant cette période, consiste en désinfectants pulmonaires, chimiothérapie, toni-cardiaques légers.

Le 9 mai 1939, un nouveau cliché montre une ombre dans l'hémi-thorax gauche dont l'opacité s'est accentuée, dont la forme s'est modifiée, elle semble s'arrondir à la partie inférieure. En même temps, cette ombre laisse une portion de parenchyme sain, visible au-dessous d'elle. Mais on ne peut déceler l'image hydro-aérique typique de l'abcès du poumon. Un cliché de profil n'est pas plus évocateur.

Le 12 mai 1939, le tableau clinique se résume en l'existence d'une suppuration profonde comme en font foi la courbe thermique hectique, la numération sanguine.

Hématies : 3.840.000.

Leucocytes : 13.600.

Polynucléaires neutro : 34 %.

Polynucléaires éosinophiles : 4 %.

Moyens mononucléaires : 45.

Grands mononucléaires : 6.

Lymphocytes : 2.

Grands lymphocytes : 4.

Formes de transition : 5.

Les signes physiques sont inchangés : le souffle tubopleurale persiste, entouré d'une marée de râles fins.

La percussion révèle une zone de submatité au niveau de la pointe de l'omoplate et une ponction faite à ce niveau ramène 15 centimètres cubes de pus vert, bien lié, contenant des polynucléaires et des pneumocoques.

Au moyen de l'aiguille de ponction on injecte 10 centimètres cubes d'air après l'évacuation du pus et l'on porte l'enfant à la salle de radiologie.

Fait capital, l'examen radiologique pratiqué après ponction montre une image hydro-aérique typique de la grosseur d'une orange en plein parenchyme pulmonaire gauche.

Cette image arrondie est formée de deux zones : une, inférieure, opaque, une, supérieure, claire, séparées par un niveau nettement horizontal. C'est là l'image typique de l'abcès du poumon.

Cette image révélatrice s'est constituée sans que l'enfant ait jamais présenté d'expectoration, ni de vomique. Seule la ponction et l'image radiologique ont permis de confirmer la collection localisée intra-pulmonaire.

Du 13 au 27 mai, la courbe thermique prend le type classique des fièvres de suppuration avec des clochers à 39°5, des chutes brusques à 36. L'enfant est pâle, fatigué, couvert de sueur, son état général décline, la toux est peu fréquente.

Les signes physiques varient tous les jours : foyer de râles

fins à gauche, au-dessus, au-dessous, zone de submatité plus ou moins étendue.

Une seule chose persiste : un souffle tubo-pleural, au niveau de la partie moyenne de l'hémi-thorax gauche.

Des clichés pulmonaires successifs montrent un comblement rapide de l'image cavitaire, remplacée bientôt par une zone d'opacité diffuse.

Pour préciser le siège exact de l'abcès, des *tomographies* sont pratiquées le 7 juin 1939. Le siège de la collection apparaît superficiel sur les coupes pulmonaires ainsi réalisées. Cette collection elle-même est en regard des lobes moyen et inférieur du poumon gauche.

Cependant, *l'état général décline*, la température est fortement hectique, l'amaigrissement de plus en plus marqué, un hippocratisme des doigts apparaît, l'enfant est alors anorexique, dort peu, est agité.

Le facies est pâle, terreux.

De petits signes de défaillance cardiaque se manifestent : *tachycardie, cyanose légère.*

Ces symptômes font après consultation du spécialiste, décider l'intervention chirurgicale.

Un premier temps est pratiqué, le 16 juin 1939 (Docteur LE CŒUR) :

Voie d'abord postéro-externe en arrière de la pointe de l'omoplate gauche.

Section du grand dorsal.

Section de deux côtes sur 4 centimètres.

Ablation du paquet vasculaire intercostal lié en masse au deux bouts.

La plèvre apparaît épaisse, on ne voit pas le poumon en transparence.

La ponction ramène un liquide purulent en petite quantité, il filtre un peu d'air par l'orifice de ponction.

On place un repère métallique, une mèche iodoformée dans la brèche ainsi créée. Suture de la peau.

Cette première opération est bien supportée. La courbe thermique cependant n'est pas modifiée et oscille entre 38 et 39.

Un deuxième temps est pratiqué le 20 juin 1939 (Docteur LE CŒUR) :

Ouverture de la plèvre, un peu de liquide purulent s'échappe par l'incision. On place une mèche simple.

Cette intervention est suivie d'une baisse rapide de la courbe thermique qui, en trois jours, retombe à 37 avec de faibles oscillations à 37°5. Quelques jours plus tard on pratique l'ablation de la mèche. La plaie cutanée se cicatrise rapidement.

Les signes fonctionnels s'apaisent. La toux est moins fréquente. Les signes physiques se modifient comme le prouvent plusieurs clichés pratiqués à quelques semaines d'intervalle.

L'image hydro-aérique paraît s'affaïssir et se combler et l'ombre perd son opacité, mais est plus diffuse dans l'hémi-thorax gauche.

Une réaction pleurale s'organise en regard de la costotomie.

Un liseré nettement visible semble être l'image de la plèvre épaissie. En même temps, une dépression thoracique s'accroît en face du foyer pulmonaire suppuré et plusieurs clichés pratiqués les 13, 22 et 27 juin, montrent la rapidité des remaniements des lésions pulmonaires et pleurales. Parallèlement à cette amélioration anatomique l'amélioration clinique n'est pas moins sensible.

La courbe thermique reste à 36°5-37°.

L'enfant reprend rapidement du poids.

11 kg le 11 juin, 12 kgs le 23, 12 kgs 800, le 29.

Il ne persiste aucun symptôme fonctionnel.

L'enfant est gai. L'appétit reprend. Le sommeil est normal. La polynucléose du début ne se retrouve plus dans les formules, leucocytaires examinées le 12 et le 25 juin.

Les signes physiques se modifient encore dans les jours qui suivent. La portion supérieure de l'hémi-thorax gauche est normale. Le murmure vésiculaire, les vibrations, la sonorité sont retrouvés.

La portion inférieure présente une diminution du murmure vésiculaire, une sub-matité. Les vibrations vocales sont partiellement conservées. Le souffle tubo-pleural a entièrement disparu.

L'examen des derniers clichés radiographiques pratiqués de semaine en semaine jusqu'à ces derniers temps montre un éclaircissement notable de la zone où siégeait l'image hydro-aérique. Le trame pulmonaire réapparaît, la plèvre épaissie, nettement visible, semble se rapprocher de la paroi. Sur un cliché de profil on trouve une zone d'adhérence postérieure traduite par une ombre plus marquée réunissant la paroi thoracique et le parenchyme pulmonaire.

L'amélioration clinique s'est poursuivie depuis le 22 juin et actuellement, 3 mois après l'intervention :

L'enfant est cliniquement guéri.

L'état général est parfait.

La courbe de poids est régulièrement ascendante.

La toux qui persista quelques semaines, a disparu.

Nous formulons cependant une réserve :

Instruit par d'autres cas que nous avons observés, nous croyons pouvoir affirmer que nous ne serons en droit de parler de guérison que lorsque : à la guérison clinique actuellement obtenue s'ajoutera la disparition de toute ombre pathologique sur un bon cliché pulmonaire.

Il persiste actuellement sur le cliché une image où le dessin pulmonaire est encore caché par une zone floue et plus opaque.

Cependant l'amélioration de cette image est nette sur les clichés successifs et tout nous laisse espérer que le terme de guérison n'est pas trop osé à formuler pour ce cas.

REMARQUES SUR CETTE OBSERVATION

Quelques points d'ordre clinique et thérapeutique nous paraissent intéressants à préciser au sujet de cette observation :

I. — REMARQUES D'ORDRE CLINIQUE

Le tableau de l'abcès du poumon que nous avons rapporté chez un enfant de 2 ans 1/2 n'est pas celui qu'il est classique de donner de cette affection.

Le schéma habituel peut être ainsi tracé :

En pleine santé apparente, ou plus souvent peut-être à la suite d'une infection pulmonaire rhinopharyngée ou otitique, apparaissent les signes habituels d'une *pneumopathie banale*, dont l'intensité est d'ailleurs variable.

Puis un *vomique* se fait jour et cet événement est l'épisode central.

Les signes physiques jusque-là imprécis deviennent classiquement plus nets à la faveur de cette évacuation naturelle.

Un syndrome cavitairé est retrouvé.

Parallèlement, une image hydro-aérique typique confirme radiologiquement le diagnostic. A cette phase d'ouverture fait suite une phase de suppuration plus ou moins prolongée où se discutent les directives thérapeutiques.

Ces caractères nous paraissent par trop schématiques, surtout l'importance relative de chacun d'eux est chez l'enfant bien inégale.

L'enfant dont nous avons relaté l'histoire *n'a jamais présenté d'expectoration notable*. Ainsi s'effondre le signe majeur autour duquel gravite classiquement toute l'histoire de l'abcès du poumon.

L'absence de signes fonctionnels évocateurs est un premier fait que nous retiendrons.

Ce fait d'ailleurs ne nous semble pas une rareté clinique :

Plusieurs auteurs ont déjà insisté à l'occasion d'observations récentes, sur la banalité de l'expectoration au cours de certaines formes d'abcès du poumon.

Le Professeur NOBÉCOURT a rapporté des cas de formes larvées des abcès à pneumocoques du poumon chez l'enfant (*La Médecine*, août 1936).

E. DUBOURG (*Société de Médecine de Bordeaux*, avril 1939) pense même que 1/10 des abcès du poumon au moins ne s'accompagnent pas de vomique et que *même aucun symptôme respiratoire n'est mentionné*.

Il est juste de rappeler à ce sujet la facilité avec laquelle l'expectoration peut passer inaperçue chez l'enfant et comme les pédiâtres y insistent :

Une vomique fractionnée peut rester cachée, inaperçue dans les vomissements si fréquents chez l'enfant.

De même les *signes physiques* recueillis cliniquement n'ont que rarement la netteté qu'il est classique de leur donner. Le syndrome cavitare, quand il est retrouvé n'est souvent pas contemporain de l'image radiologique.

Il existe à ce sujet un désaccord bien frappant et notre observation le montre en maints endroits.

Seul donc le cliché radiographique viendra, en révélant une image hydro-aérique, indiscutable (retrouvée de face et de profil en plein parenchyme pulmonaire) affirmer le diagnostic.

Ainsi, si au cours d'une pneumopathie fébrile chez l'enfant l'apparition de crachats purulents, à fortiori d'une vomique, vient d'emblée donner l'éveil et fait évoquer une suppuration pulmonaire, l'absence de ces symptômes ne permet en aucune façon d'éliminer un tel diagnostic.

Plus que les signes fonctionnels, plus encore que les signes physiques rarement évocateurs, un bon cliché pulmonaire viendra parfois montrer une image hydro-aérique typique, là où l'on avait porté un diagnostic hésitant de bronchite ou de congestion grip-pale banale.

Mais les signes radiologiques eux-mêmes ont leur difficulté d'interprétation.

Ils dépendent sans doute : des dimensions de la poche, de sa localisation, de son degré de vacuité

et de répletion, des caractères du pus et de son drainage,

Et surtout : de l'état du *parenchyme* environnant.

On insiste d'ailleurs sur *la rapidité avec laquelle les images se modifient.*

Les clichés de notre observation permettent de voir en quelques jours apparaître une image hydro-aérique de la grosseur d'une orange. Cette image se substituant à une zone d'opacité diffuse jusqu'alors observée.

Il nous apparaît donc capital chez l'enfant quand un cliché pulmonaire n'a pas fait ses preuves, de renouveler cet examen à intervalles assez rapprochés.

C'est en effet de cette manière qu'on pourra surprendre sur l'un d'eux, l'image à niveau liquide qui, vérifiée de face et de profil, emportera la conviction. La durée de cette image est, en effet, passagère et tous les auteurs ont bien insisté sur son remaniement incessant et rapide. Dans notre cas, un seul cliché est vraiment caractéristique, les autres films pris quelques jours avant et après ne montrent qu'une zone d'opacité mal limitée et d'interprétation discutable.

II. — REMARQUES SUR LA CONDUITE DU DIAGNOSTIC

1. *Le Diagnostic positif.* — Pour établir le diagnostic, le clinicien, en plus de l'étude clinique et radiologique peut faire appel, dans certains cas, à d'autres

méthodes : Les examens spécialisés, tomographies, la ponction exploratrice.

Nous retrouverons l'importance des tomographies dans la conduite du traitement.

La *ponction* constitue un appoint diagnostic indiscutable. Il est cependant nécessaire d'en préciser les indications.

Nombre d'auteurs lui reprochent : d'être aveugle et dangereuse parce qu'infectant le parenchyme pulmonaire sain qu'elle rencontre, avant d'atteindre la poche purulente :

Ces inconvénients sont indéniables, cependant en se rappelant : que cette pratique ne *vaut que pour des abcès superficiels*, qu'elle est *formellement à rejeter, au cours des abcès fétides*, qu'une *ponction blanche ne sera pas recommencée*, il est nombre de cas où la ponction peut aider au diagnostic.

Nous l'avons utilisée avec succès chez l'enfant de notre observation, d'ailleurs la ponction apparaît indispensable comme manœuvre préopératoire et c'est l'aiguille en main que le chirurgien précise l'endroit où il abordera la poche purulente.

C'est enfin grâce à la ponction exploratrice complétée par l'injection d'air et de lipiodol que se différencient, nous le verrons, les images autrement si voisines de collections purulentes enkystées de la plèvre, et les abcès du poumon.

2. *Le Diagnostic Différentiel.* — Nombre d'affec-

tions pulmonaires peuvent en effet simuler en tous points l'abcès du poumon chez l'enfant.

Notre observation montre à ce sujet les différentes étapes franchies pour arriver au diagnostic exact.

L'abcès aigu du poumon à pneumocoques chez l'enfant n'est en général pas diagnostiqué à son début.

Certains auteurs, sur la constatation d'ombres radiologiques précocement évocatrices, ont pu y penser dès les premiers jours, mais ce fait reste une rareté.

En pratique, le diagnostic porté au début est celui de *pneumonie* ou de congestion pulmonaire imprécise; la fréquence de cette affection explique cette erreur.

Remarquons cependant que les signes cliniques n'ont jamais, dans l'abcès, la brutalité et la franchise du début d'une pneumonie vraie et que, si comme il est fréquent dans les services hospitaliers, on porte l'enfant à l'examen radiologique, l'image retrouvée n'est pas le triangle pneumonique si caractéristique, mais une ombre diffuse, siégeant *en plein parenchyme*, à la partie moyenne ou à la base d'un hémithorax, se différenciant ainsi du siège du foyer pneumonique de l'enfant, habituellement observé, au sommet ou à la partie inférieure du lobe supérieur.

L'image radiologique vient ainsi jeter un doute sur le diagnostic posé et c'est alors qu'on passe en revue les autres symptômes.

La courbe thermique désarticulée s'écarte du tracé pneumonique en plateau.

Les sueurs sont abondantes.

Et surtout l'évolution : l'absence de crise dans la première semaine. L'atteinte plus marquée de l'état général, sont autant de symptômes qui s'écartent du tableau pneumonique.

A l'inverse ce tableau de pneumopathie aiguë et bâtarde peut très bien, surtout chez le jeune enfant, faire penser à une tuberculose aiguë, comme l'ont rapporté récemment certains auteurs à propos de nourrissons. Le cliché radiographique au début prête à confusion.

On voit donc tout l'intérêt de *pratiquer une cuti-réaction pour écarter ce diagnostic.*

Notons à ce sujet l'influence de l'abcès du poumon sur l'allergie tuberculeuse.

Le Professeur NOBÉCOURT et P. DUCAS l'ont relaté dans une observation où, au cours de l'évolution d'un abcès est apparu un érythème noueux typique.

Dans notre cas, la cuti-réaction toujours négative nous a permis d'écarter ce diagnostic.

Par contre, les signes physiques, la ponction exploratrice ont fait porter le diagnostic au début de *pleurésie purulente* et c'est là un diagnostic différentiel fréquent et particulièrement difficile à écarter.

Quels sont les signes qui permettent de différencier une collection purulente enkystée pleurale d'un abcès pulmonaire ?

Il était classiquement admis que, seule, la pleu-

résie enkystée interlobaire donnait le change avec l'abcès du poumon.

Il nous semble que cette localisation indiscutable sans doute de pleurésie enkystée n'apparaît pas la plus fréquente.

Et comme les travaux de Marc ISELIN, JOURDAN et d'AMEUILLE l'ont montré, les pleurésies purulentes dites de la grande cavité sont le plus souvent des pleurésies enkystées dans la grande cavité et surtout postérieures.

C'est en effet une pleurésie de cette nature que nous avons relatée dans notre observation.

Des signes cliniques des épanchements pleuraux, un est capital comme le rappelle le Dr AMEUILLE (*Presse Médicale*, 18 janvier 1939).

La matité. Cette matité est franche, matité qui résiste au doigt, matité hydrique.

C'est là un signe de percussion qui reste le mode d'exploration essentielle d'un épanchement pleural :

L'inspection, en effet, ne révèle souvent aucune modification ;

La palpation n'a que peu d'intérêt chez l'enfant, où les vibrations vocales n'ont pas la netteté de celles de l'adulte ;

L'auscultation ne peut rien donner de caractéristique, notre observation nous l'a montrée ;

La percussion, elle, n'est jamais en défaut, mais il faut qu'elle soit bien faite. Il faut examiner l'enfant avec douceur et ayant gagné sa confiance, pratiquer une percussion méthodique, lente, douce.

Comme le rappelle le D^r AMEUILLE, elle ne doit ébranler que les couches superficielles de la poitrine, elle doit en parcourir toutes les régions accessibles et comparer toujours les résultats que chacune fournit.

Ainsi pratiquée, il n'est guère d'épanchement pleural qui ne fournira sa matité.

Il est rare qu'un abcès du poumon donne une matité aussi indiscutable, en dehors des cas où, comme dans notre observation la collection parenchymateuse s'associe à un épanchement pleural.

Mais ce signe seul est insuffisant à différencier la pleurésie de l'abcès. La *ponction* qui vient confirmer l'existence de l'épanchement va alors rendre cette différenciation possible par une manœuvre simple.

Par l'aiguille qui a retiré le pus, on injecte de l'air et du lipiodol.

Un examen radiologique soigneux est alors pratiqué. L'air injecté monte et fait bulle à la partie supérieure du liquide.

Le lipiodol tombe au fond de l'épanchement où il apparaît sous forme d'une tache noire variable de forme suivant la constitution du fond.

Cette tache se déplace suivant les changements d'attitude du sujet de façon à occuper toujours à la longue le point déclive.

A l'examen derrière l'écran : *si l'air et le lipiodol injectés viennent au contact de la paroi dans une attitude quelconque du malade, c'est qu'ils sont bien dans la plèvre.*

A l'inverse, la constatation de l'absence complète de

contact entre l'image cavitaire et la paroi, séparées l'une de l'autre par une lame de parenchyme affirme la localisation intra-pulmonaire.

Ces recherches seront d'ailleurs intéressantes à faire en présence même du chirurgien si l'on a jugé l'intervention nécessaire.

En même temps, en effet, qu'elle différencie la pleurésie purulente de l'abcès du poumon, la ponction avec le lipiodol permet de préciser le point déclive de la collection, temps préalable d'un drainage correct.

Cette ponction avec injection d'air nous a permis d'obtenir une image typique hydroaérique et de préciser son siège intra-pulmonaire.

A côté d'ailleurs des pleurésies purulentes, d'autres affections viendront simuler l'abcès du poumon à la phase classique d'ouverture dans les bronches.

Cette phase est passée totalement inaperçue dans notre observation. Nous n'insisterons donc pas sur les erreurs qui peuvent se voir à ce stade.

Telles sont les erreurs de diagnostic les plus fréquemment observées. Mais à côté des difficultés d'établir avec précision la nature et le siège de l'abcès, les décisions thérapeutiques n'apparaissent pas moins délicates.

III. REMARQUES D'ORDRE THÉRAPEUTIQUE

La conduite thérapeutique de l'abcès du poumon chez l'enfant est dominée par un fait :

La fréquence de la guérison spontanée.

Or, cette guérison s'observe dans les deux mois qui suivent le début, mais il faut retenir qu'elle peut s'effectuer plus tardivement et le Professeur NOBÉCOURT a rapporté un cas où cette guérison est survenue quatre mois après le début clinique.

C'est tout d'abord au traitement médical que l'on s'adressera.

I. — *Eléments du traitement médical de l'abcès du poumon chez l'enfant.*

La thérapeutique générale et symptomatique se confond avec celle des pneumopathies aiguës : la révulsion thoracique, les calmants de la toux.

En cas d'abcès fétide, les désodorisants (teinture d'ail, potions à l'hyposulfite) restent les médications classiques.

Un fait capital cependant : *il faut alimenter normalement ces enfants* pendant les premières semaines de l'affection.

Associées à cette thérapeutique générale la *vaccinothérapie* et la *sérothérapie* ont été depuis longtemps employées.

Vaccinothérapie est une méthode théoriquement séduisante. Elle peut être réalisée de diverses manières : l'auto-vaccin préparé avec des crachats du malade renfermant en moyenne un milliard de germes par centimètre cube et injecté à doses progressives : $1/4$, $1/2$, $3/4$ centimètre cube.

C'est par une méthode de cette nature que Léon

BERNARD et PELLISSIER ont obtenu une guérison en injectant au cours d'un abcès fétide le pus tyndallisé d'un abcès expérimental provoqué chez le cobaye par l'inoculation des crachats.

Sérothérapie. — Nous ne nous attarderons pas sur cette méthode qui a trait surtout à la thérapeutique des abcès gangréneux, son efficacité d'ailleurs est très discutable.

Plus intéressantes nous paraissent les médications antiseptiques et chimiothérapiques.

1. MÉDICATIONS ANTISEPTIQUES. — A côté des antiseptiques généraux et respiratoires : huile goménolée, gaïacolée, eucalyptolée à 50 % à la dose de 2 à 5 centimètres cubes, les injections intra-veineuses d'alcool et de benzoate de soude ont donné des résultats encourageants :

GOLDKORN injectant 10 centimètres cubes d'une solution de *benzoate de soude* à 20 % a obtenu un résultat favorable dans un abcès qui n'avait aucune tendance à l'amélioration.

L'injection intraveineuse d'alcool a été préconisée tout d'abord par THURZ, puis a été reprise à plus grande échelle par LANDAU et KAMINER (*Presse Médicale*, 10 août 1932).

MERLE et GURFINKEL se déclarent aussi partisans de la méthode. Celle-ci à condition d'employer une solution qui ne provoque aucune hémolyse et ne

coagule pas immédiatement le sang dans la seringue, est parfaitement tolérée chez l'enfant.

On utilise une solution à 20 ou 33 %, le seul écueil est la *difficulté chez l'enfant de la ponction veineuse et la rapidité de la sclérose après quelques injections répétées*.

D'ailleurs, il s'agit là surtout d'une méthode adjuvante dans les premières semaines.

La Chimiothérapie. — On a fondé sur elle de très grands espoirs.

1. L'action élective du *chlorhydrate d'émétine* est bien connue sur les abcès amibiens. L'émétine guérit même les complications secondaires : putridité, pleurésie de voisinage.

Mais la fréquence de l'abcès amibien du poumon chez l'enfant est vraiment faible. Un fait intéressant est à retenir, l'émétine possède *une action indiscutable sur certains abcès non amibiens*. C'est dire que la thérapeutique par l'émétine s'impose aussi au début de tout abcès du poumon chez l'enfant. Les doses en sont celles classiquement établies : injections sous-cutanées ne dépassant jamais une dose totale de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 chez l'enfant.

Le seul inconvénient consiste dans l'apparition d'un état dépressif ou même de lipothymies en raison de l'action hypotensive du médicament.

2. ACTION DES ARSÉNOBENZÈNES. — L'action de cette médication apparaît surtout intéressante dans

les abcès gangréneux où les spirochètes sont retrouvés.

Par contre, cette action est beaucoup plus discutée dans les abcès aigus à pneumocoques, fréquents chez l'enfant.

On pourra cependant toujours essayer cette thérapeutique qui, si elle n'est pas spécifique, possède cependant une action d'ordre général.

Dans l'observation que nous avons relatée, l'enfant a reçu plusieurs injections de sulfarsénobenzol bien supportées, mais qui ne semblent pas avoir eu d'action sur l'évolution de l'abcès.

3. ACTION DES SULFAMIDES. — L'action élective de certains dérivés sulfamidés sur le pneumocoque a donné de grands espoirs dans la thérapeutique de l'abcès du poumon chez l'enfant.

Il ne semble pas cependant d'après les observations actuellement peu nombreuses qui ont été recueillies, que cette action se soit vérifiée dans les suppurations pulmonaires localisées.

L'enfant que nous avons suivi a reçu une thérapeutique par des dérivés sulfamidés : Néococcyll, Dagenan, à plusieurs reprises, sans que nous ayons observé une amélioration quelconque de son état.

Nous ne saurions conclure sur ce cas particulier ; d'autres observations sont nécessaires pour permettre d'étudier avec plus de vraisemblance l'action possible des dérivés sulfamidés dans la thérapeutique de l'abcès du poumon chez l'enfant.

Tel est le traitement médical.

Il est un utile adjuvant et doit toujours précéder une tentative plus hardie.

C'est aussi ce traitement que nous avons appliqué dans notre observation.

Mais lorsque, passé deux mois ou davantage, on constate que l'efficacité du traitement est douteuse, que l'*impression clinique* propre à chaque cas, que l'état pulmonaire et l'état général *ne montrent* aucune amélioration, alors, à la thérapeutique symptomatique uniquement envisagée jusqu'à ces derniers temps, le clinicien peut adjoindre un traitement *curatif local*.

Une condition essentielle doit être remplie : localiser exactement l'abcès.

Les moyens employés pour ce faire sont de divers ordres :

Les *renseignements cliniques* ont leur valeur ; le siège d'une matité indiscutable, le siège d'un souffle intense peuvent être un renseignement, mais bien imprécis.

L'étude radiologique simple, de face et de profil donne déjà d'autres précisions.

L'étude tomographique et stéréoradiographique permet de savoir, par les coupes pulmonaires, la profondeur de l'abcès et sa localisation précise.

C'est, muni de ces renseignements, *et seulement alors*, que le clinicien peut envisager les ressources qui s'offrent à lui.

Elles sont de deux ordres :

La bronchoscopie, le traitement chirurgical (collapsothérapie, interventions directes sur le foyer) ;

La Bronchoscopie :

Principe : KOLLIAN DE FREIBURG découvre en 1835, le bronchoscope.

Depuis, les travaux nombreux ont rendu son emploi plus maniable et entre les mains de spécialistes, cette intervention apparaît courante.

Il s'agit de nettoyer la bronche, d'aspirer les sécrétions purulentes, de modifier par des badigeonnages la muqueuse congestionnée, de pratiquer des instillations.

Ce traitement apparaît particulièrement séduisant et les statistiques de WILLIAM HUDSON qui annoncent 95 % de guérisons ; de CHEVALIER JACKSON qui en relatent 70 %, encouragent encore à cette pratique, surtout dans l'abcès aigu.

Résultats : Et cependant, en consultant la littérature, nous n'observons que peu de cas d'abcès du poumon de l'enfant traités par ce procédé.

Il nous semble que cette constatation tient au fait que le jeune âge du sujet, son indocilité, constituent une difficulté supplémentaire préalable aux autres.

D'autre part, les statistiques prouvent que pour être efficace, la bronchoscopie doit être effectuée *sur un abcès aigu et de bonne heure.*

Or, c'est précisément le temps où le clinicien espère une guérison spontanée et préfère l'expectative à un examen qui nécessite des spécialistes entraînés et

qui n'est pas indemne d'incidents (hémoptysies, poussées évolutives, SERGENT, ROUGET et LEMARIEZ).

Par ailleurs, le bronchoscope ne dépasse pas les bronches de 2^e ordre, souvent même avec grande difficulté chez l'enfant et « croire que nous pouvons parvenir jusque dans la poche de l'abcès est une conception simpliste et erronée » (LEMIERRE).

Ainsi, la bronchoscopie n'apparaîtra logique que devant des collections *parahilaires*. Mais en fait, elle n'a véritablement chez l'enfant qu'une seule indication majeure : l'*abcès par corps étranger*.

Ces abcès, fréquents chez l'enfant, succèdent à la déglutition de sifflets ou autres objets (que l'enfant porte si facilement à sa bouche), ils ont une évolution spéciale.

Ils apparaissent précocement, *siègent* le plus souvent dans le poumon droit, en regard de la bronche épartérielle.

Il s'agit tout d'abord d'une simple rétention purulente endobronchique, préalable à la suppuration et c'est là que la bronchoscopie évacuatrice faite précocement, libérant la bronche, obtient la guérison avant la formation véritable de l'abcès du poumon.

En dehors de ce cas particulier, la bronchoscopie chez l'enfant est peu employée.

Le drainage qu'elle effectue n'apparaît que palliatif.

Notons d'ailleurs que l'amélioration qu'elle déter-

mine, cliniquement survient alors que les quantités de pus aspirées ne sont pas considérables.

Ainsi, jusqu'alors, la bronchoscopie a été considérée par les pédiatres plutôt comme préparatrice à l'intervention.

Dans notre observation, c'est surtout le siège même de l'abcès — cortical — dont l'accès est sûrement plus délicat, l'évolution déjà longue de la suppuration (quand le diagnostic fut certain), qui nous fit rejeter cette méthode.

C'est alors qu'ayant ainsi épuisé les ressources du traitement médical et rejeté la bronchoscopie, le traitement chirurgical devait être essayé.

II. — *Eléments du traitement chirurgical.*

Quels moyens la chirurgie apporte-t-elle au Clinicien pour le traitement de l'abcès du poumon ?

Ils sont de deux ordres :

Les uns, d'*action indirecte*, en s'efforçant de réaliser une collapsothérapie, les autres, d'*action directe*, sont : la *pneumonie*, la *pneumectomie* ou *lobectomie*.

Envisageons successivement ces méthodes en les discutant comme nous avons été amené à le faire à propos de l'observation que nous avons relatée.

1. *La Collapsothérapie.* — Elle peut être réalisée par :

a) Le *Pneumothorax artificiel*. Il fut tenté par FORLANINI (comme le rappelle KOURILSKI) pour la première fois au sujet d'un abcès centro-lobaire.

Les observations que nous avons recueillies de

pneumothorax pour abcès du poumon, ne sont pas concluantes et, en dehors de 2 cas étrangers, ce mode thérapeutique nous paraît sujet à de grosses critiques.

Seul RIST en reste encore partisan chez l'enfant mais à deux conditions : quand il s'agit d'un abcès centro-lobaire de date récente, où ni adhérences pleurales, ni processus de condensation sclérogène autour du foyer, ne sont à redouter.

À côté de ces indications qui, on le voit, sont exceptionnelles, cette méthode offre de réels inconvénients et même des dangers :

D'une part, un foyer de suppuration tirailé par des adhérences, peut se rompre dans la plèvre et provoquer l'apparition d'un pyopneumothorax ;

D'autre part, cette complication sera surtout à redouter dans le cas d'abcès cortical superficiel sous-pleural, de la région costale, médiastinale, ou diaphragmatique.

Or, notre observation est celle d'un abcès superficiel comme la tomographie nous l'a précisé.

Nous avons écarté d'emblée cette thérapeutique.

b) *Les autres procédés indirects de collapsothérapie :*

La *phrénicectomie* et, de l'avis de SERGENT et de KOURILSKI, pratiquement incapable de guérir un abcès du poumon qui a résisté au traitement médical ; elle peut même favoriser par la paralysie du diaphragme qu'elle détermine, la rétention purulente.

c) *La thoracoplastie* enseignée par HEDBLÖM et SAUERBRUCH n'est qu'un moyen de favoriser l'affaïssement d'un foyer largement ouvert par une pneumotomie, ou de fermer une fistule broncho-cutanée.

Seules apparaissent vraiment curatives :

2. *Les interventions directes sur le foyer ;*

On draine ou on enlève la région malade.

Ainsi se trouvent différenciées deux interventions :
la pneumotomie, la pneumectomie.

C'est ici qu'apparaît le temps essentiel préalable de la localisation précise de l'abcès avant toute intervention.

Pour ce faire : la radio, la ponction aidée du lipiodol les tomographies sont nécessaires.

Les principes de la technique sont alors ceux que résume le Congrès de la Société internationale de Chirurgie de Madrid, en 1932 :

Anesthésie purement locale,

Position assise,

Opération en plusieurs temps.

Dans le premier temps, on pratique une voie d'abcès sur la plèvre et on se rend compte déjà de son degré d'adhérence.

Si celle-ci est libre on crée une zone d'adhérence par un tamponnement iodoformé.

Dans le second temps (10 à 15 jours plus tard) une incision du poumon est pratiquée.

a) LA PNEUMOTOMIE s'adresse avant tout aux ab-

cès subaigus ou chroniques uniques, bien localisés, superficiels et à parois souples.

Il apparaît encore essentiel de s'assurer de ces caractères avant d'entreprendre cette intervention sinon les échecs sont fréquents et expliquent en partie le désaccord des statistiques relatives à cette méthode : 40 % à 70 % des cas (ROBERT MONOD).

Les échecs tiennent à ce que la suppuration apparaît trop profonde et oblige à traverser un territoire pulmonaire encore sain, ou à heurter quelques vaisseaux ; ou bien, après l'intervention, la marche chronique continue et, comme dit ARCHIBALD, malgré des soins minutieux post-opératoires « l'heure vient où l'on supprime le drain avec le pieux espoir que le démon a été exorcisé, après quoi la brèche opératoire se cicatrise et enfin, après un délai plus ou moins long c'est la triste constatation que l'abcès s'est reformé et que tout est à recommencer ».

Sur 77 pneumotomies, ARCHIBALD donne :

13 guérisons, 37 améliorations, 4 interventions sans résultat, 23 morts.

b) LA PNEUMECTOMIE s'efforce de réaliser la destruction d'un foyer de suppuration plus ou moins circonscrit, *elle s'adresse* aux cas que la pneumotomie rejette, aux abcès trop longtemps évolués, ceux de caractère histo-bactériologique trop actif, trop ulcéro-nécrotiques, pour qu'on puisse admettre que le simple drainage chirurgical serait suffisant.

Mais c'est là une intervention encore redoutable,

entre les mains des spécialistes et dont la mortalité est oscillante entre 40 et 20 % des cas.

C'est dire que le recours à cette thérapeutique chez l'enfant n'aura lieu qu'après une étude approfondie de chaque cas.

La technique elle-même consiste : en une résection du tissu pulmonaire malade *par coins successifs*, au thermocautère.

C'est le principe nouveau, apporté en 1923 par GRAHAM et venant remplacer la lobectomie typique de LILIENTHAL.

Mais de ces deux méthodes, il apparaît que la *seule intervention possible encore chez l'enfant actuellement est la pneumotomie en deux temps* :

1. Après la formation d'adhérences qui excluent la plèvre.

2. On ouvre l'abcès 6 à 8 jours plus tard au thermocautère, sur l'aiguille introduite dans la cavité.

Telles sont les méthodes chirurgicales classiques dans l'abcès pur, isolé et sans complications pleurales.

III. *Appplication pratique à notre cas :*

Le cas que nous avons relaté présentait une complication qui est fréquente chez l'enfant :

L'association d'une pleurésie purulente au foyer pulmonaire.

Les constatations anatomiques ont montré que l'abcès superficiel formait par suite des adhérences

pleurales intenses, une véritable cavité pleuro-pulmonaire enkystée.

L'intervention : *simple pleurotomie* a réalisé à la fois un drainage de la plèvre et du poulmon.

Cette éventualité heureuse nous permet de rappeler que la thérapeutique de l'*abcès du poulmon, associé à une pleurésie purulente* s'écarte entièrement des principes qui régissent l'abcès isolé.

La constatation de pus retiré par ponction pleurale au cours de l'évolution d'un abcès du poulmon n'a pas toujours la signification défavorable qu'on lui prête.

En tout cas, la conduite thérapeutique doit s'inspirer de ce fait bien mis en évidence par Marc ISELIN :

C'est la pleurésie qui constitue l'élément essentiel.

L'évolution naturelle de cet épanchement se fera vers la formation d'adhérences pleurales de plus en plus intenses. Ces adhérences rempliront le rôle que s'efforce d'obtenir le premier temps habituel de la pneumotomie.

Dès lors, la plèvre et la cavité purulente de l'abcès se trouvent ainsi réunies en une poche : une simple incision pleurale assurera d'un coup l'évacuation de l'abcès et le drainage de la plèvre.

C'est, en fait, ce que nous avons pu observer dans le cas que nous avons rapporté et qui guérit rapidement par cette intervention simplifiée.

Nous retiendrons donc la fréquence des *pleurésies purulentes enkystées associées aux abcès du poulmon*.

Celles-ci n'apparaissent pas toujours comme une complication. La conduite thérapeutique se trouve parfois simplifiée.

En pareil cas, *ce qu'il faut éviter avant tout c'est de faire une pleurotomie trop précoce risquant, en l'absence d'adhérences, de refouler l'abcès dans la profondeur et, par ailleurs, de favoriser l'ensemencement de la grande cavité pleurale.*

RIBADEAU-DUMAS et ROCHER, rappellent que la ligne de conduite en pareil cas consiste à gagner du temps en évacuant le pus pleural par des ponctions répétées. Lorsque les symptômes aigus seront améliorés, une pleurotomie a minima a des chances de réaliser d'un seul coup : le drainage pleural et pulmonaire.

Il serait toujours temps, si l'abcès persiste, de pratiquer dans de bonnes conditions cette fois, une pneumotomie après avoir précisé minutieusement par l'examen radiologique le siège de l'abcès.

L'histoire de cet enfant de deux ans et demi présentant un abcès du poumon associé à une pleurésie purulente enkystée et guéri par simple pleurotomie, nous a permis de passer en revue les principales difficultés que l'on rencontre au cours de l'évolution de cette affection.

Difficultés cliniques tout d'abord : on ne pense pas assez à la possibilité d'un abcès au cours des pneumopathies de l'enfant.

Le diagnostic ne se dessine que peu à peu et le caractère évolutif de la suppuration prolongée, les

signes radiologiques concomittants, sont plus importants pour l'établir que les signes fonctionnels ou que l'examen physique.

Une belle image hydro-aérique vérifiée de face et de profil vient lever les doutes.

Dès lors, les discussions ne sont pas closes pour préciser des *indications thérapeutiques*.

Le traitement médical s'impose dans les premières semaines cependant que l'on précise par des examens plus spécialisés (tomographies, stéréoradiographies), le siège exact de l'abcès, l'existence ou non d'une réaction pleurale associée.

L'abcès peut guérir de lui-même et tout peut en rester là. C'est là une éventualité plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte et qui doit, comme le rappelle le Professeur NOBÉCOURT, faire prolonger plus de deux mois, l'expectative.

Passé ce délai, en l'absence de toute amélioration clinique et radiologique, la détermination thérapeutique devient plus précise. *Il faut intervenir*. Mais c'est une étude de chaque cas particulier qui permettra de choisir parmi les interventions qui s'offrent au clinicien.

Sur la table même d'intervention, la conduite peut être modifiée *au vu des lésions*.

Dans notre observation elle-même, la constatation d'adhérences pleurales intenses a fait substituer à la pneumotomie, une pleurotomie simple qui assura la guérison.

CONCLUSIONS

I. Loin de paraître une rareté, l'abcès du poumon entre dans le domaine courant de la clinique infantile et pose de ce fait des problèmes de pratique médicale journalière.

II. Le diagnostic en est particulièrement difficile et l'on doit associer à l'étude clinique attentive les résultats des explorations radiologiques : téléradiographies et tomographies, pour le différencier des autres suppurations pleurales ou bronchiques si fréquentes chez l'enfant.

III. La thérapeutique médicale s'impose dans les premières semaines. L'absence de toute amélioration au delà du 2^e mois, *a fortiori*, le déclin de l'état général sont les facteurs qui feront recourir à une thérapeutique chirurgicale. En sachant bien que chaque cas a ses exigences particulières et qu'on ne saurait généraliser cette pratique.

IV. Une localisation exacte de l'abcès dans le pa-

renchyme pulmonaire est le temps préalable de toute intervention.

V. Celle-ci doit être menée en plusieurs temps.

VI. Les modalités de l'intervention seront réglées pour chaque cas particulier par : le siège de l'abcès, le degré d'intoxication de l'organisme de l'enfant. C'est dire l'importance d'une collaboration étroite entre le pédiâtre et la chirurgien, pour assurer la thérapeutique la plus efficace et la moins offensante.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de la Thèse,*
TIFFENEAU NOBÉCOURT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons écarté de ce tableau une série de références surtout étrangères, qu'en raison des circonstances nous n'avons pu consulter.

1. NICOLAS. — *Les abcès du poumon chez l'enfant* (Thèse de Paris, 1932).
2. NOBÉCOURT. — Formes larvées des abcès du poumon à pneumocoques chez l'enfant (*La Médecine*, 17 août 1936).
3. LAUNAY & LOISEL. — Indications thérapeutiques posées par certains abcès du poumon dans la deuxième enfance (*Gaz. Méd. de France*, 1^{er}-16 juil. 1935).
4. HUTINEL (J.), KOURILSKY (R.) & NICOLAS (E.). — Les abcès du poumon chez l'enfant (*Bulletin Méd.*, 31 déc. 1932).
5. AMEUILLE. — Découverte et drainage des pleurésies purulentes (*Presse Méd.*, 18/1/39).
6. DUBOURG (E.). — Les abcès du poumon chez l'enfant (*Bull. et Mém. de la Sté de Méd. Inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, déc. 1935, p. 1).
7. NOBÉCOURT & DUCAS (P.). — Abcès à staphylocoque du poumon chez un nourrisson de quinze mois (*Bull. Sté de Pédiat. de Paris*, 32; mai 1934).
8. PAISSEAU (P.), GAMÉ (R.), FRIEDMAN (E.). — L'abcès du poumon chez l'enfant. Étude radiologique (*Arch. de Méd. d'Enf.*, 37; 513-521, sept. 1934).
9. PHILIP. — La bronchoscopie dans les abcès pulmonaires (*Sté de Méd. Inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du

- 4 avril 1935) in *Bull. et Mém. de la Sté de Méd. Inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, déc. 1935, p. 137).
10. PIECHAUD (E.). — Un cas d'abcès du poumon (*Sté de Méd. Inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 4 avril 1935).
 11. SORREL. — Abcès gangréneux du poumon. Incision. Guérison (*Sté de Méd. Inf. de Bordeaux*, 4 avril 1935).
 12. CAYLA (A.), DELON (J.), CORCELLE (J.). — Abcès multiloculaire du poumon chez un nourrisson de 4 mois. Traitement par l'alcool intra-veineux. Guérison (*Bull. Soc. Pédiat. de Paris*, 36 : 92-95, février 1938).
 13. DEBRÉ (R.). — Notes cliniques et radiologiques sur l'abcès du poumon chez l'enfant et le nourrisson (*An. de Méd.*, déc. 1937).
 14. MÜLLER (S.). — Ein Beitrag zur Diagnose und Differentialdiagnose des Lungenabszesses beim älteren Kind. (*Arch. f. Kinderh.*, 108 : 224-246, 1936).
 15. ANASTAZY, LANDAU & KAMINER. — Traitement des abcès du poumon par les injections intraveineuses d'alcool à 20 % (*Presse Méd.*, n° 64, 10 août 32).
 16. LESKIEWICZ (H.). — Pulmonary abscess in nurslings (*Pediatrica Polska*, 17 : 101-106, mars-avril 1937).
 17. DE VERGES (P.-C.). — Lung abscess : report of case in child (*New and Orleans M. S. J.*, 90 : 25-29 juillet 1937).
 18. ARMAND-DELILLE. — Abcès du poumon. Bronchoscopie et drainage (*Soc. de Péd. de Paris*, n° 5, 1932, p. 303-306).
 19. ASTRA-NANDRIA. — 3 cas d'abcès pulmonaire chez l'enfant guéris par la méthode de Landau, Bucarest (*Romania Medicala*, 1^{er} déc. 1932).
 20. *Bulletin Soc. Pédiatrie de Paris*. — Séance spéciale, mai 1932. *Les abcès du poumon chez l'enfant*.
 21. ACUNA (M.) & DE FILIPPI (F.). — Los abscesos del pulmon en la infancia (*Prensa Med. Argent.*, 26 : 7-38, 4 janv. 1939).
 22. CORYN (D.) COHEN (CH.). — Les suppurations pulmonaires chez l'enfant (*Le scalp*, n° 1, 7 janv. 1939).
 23. BONNIOT (A.) et MONOD (R.). — *Les Pneumectomies* (Rapport du XLV^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1936).
 24. LANMAN (T.-H.). — Surgical treatment of chronic pulmonary

- suppuration in children with special reference to bronchiectasis (*Am. J. surg.*, 39 : 249-266, fév. 1938).
25. DE ELIZALDE (P.) & CERVINI (P.-R.). — A proposito de un caso de sceso del pulmón curado en un lactante (*Arch. Argent. de Pediat.*, 5 : 241-248, mai 1934).
26. SMITH (D.-R.). — Diagnosis and treatment of pulmonary abscess in children (*J. A. M. A.*, 103 : 971-975, 29 septembre 1934).

Imprimé par R. BUSSIÈRE
à Saint-Amand (Cher), France. — 10-10-1939.

